

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

293

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri BONTEMPS

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 11 octobre 1885, à Tinchebray (Orne)

L'ADÉNOMYOME DE LA TROMPE UTÉRINE

Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1920

293

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Henri BONTEMPS

Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 11 octobre 1883, à Tinchebray (Orne)

L'ADÉNOMYOME
DE LA TROMPE UTÉRINE



Président : M. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	N.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DE SMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTIERE	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur HARTMANN

*Qui nous fait le grand honneur
de présider cette thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAAX

Externat

Monsieur le Professeur TERRIER (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur DIEULAFOY (*in memoriam*)

LEJARS

VAQUEZ

Internat

Monsieur le Professeur RECLUS (*in memoriam*)

LEJARS

Monsieur le Docteur TUFFIER

Monsieur le Docteur MICHAUX

A Messieurs les Professeurs GOSSET

COUVELAIRE

Messieurs les Docteurs CROUZON, DUJARIER

LARDENNOIS, LAUBRY, MATHIEU

ROUX-BERGER

L'ADÉNOMYOME

DE LA TROMPE UTÉRINE

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de clinique chirurgicale du professeur Hartmann une tumeur de la trompe utérine qui constitue une rareté anatomo-pathologique. Il s'agit d'un adénomyome de la trompe gauche. Dans la plupart des cas, les tumeurs de ce genre localisées au niveau de la trompe forment de petits groupes de masses nodulaires, dont les uns occupent la corne utérine, les autres la portion initiale de la trompe.

En outre, les parois de la trompe sont épaissies et infiltrées, il existe, la plupart du temps, des lésions de salpingite chronique et les petites masses adénomateuses, petits noyaux renfermant des kystes glandulaires sont noyés dans une couche de tissu inflammatoire.

La pièce que nous nous proposons d'étudier a l'aspect d'une tumeur bien individualisée, grosse comme une mandarine, parfaitement isolée, nettement localisée dans la trompe elle-même ; à deux centimètres de la corne utérine droite existe une tumeur arrondie, lisse, régulière, de la grosseur d'une mandarine, qui s'est développée en soulevant le péritoine et en s'énucleant en quelque sorte de l'aileron moyen. Cette tumeur est de coloration rouge foncée. Elle

est de consistance très ferme. Elle répond à la partie moyenne de la trompe qu'elle semble interrompre, entre elle et la corne utérine se trouve une portion de l'isthme tubaire parfaitement normale, formant le faite de l'aileron moyen, longue de deux centimètres et qui vient se perdre dans la base de la tumeur. De la partie externe de cette base, se détache une portion ampullaire de dimensions un peu grêles, longue de cinq centimètres environ, et qui aboutit à un pavillon bien constitué.

L'ovaire déjeté en dehors paraît normal, et le ligament utéro-ovarien est refoulé en haut, vers la base de la tumeur. Ce déplacement paraît dû à la situation qu'occupait la tumeur sur le vivant. Lorsqu'on ouvrit le ventre, en effet, la tumeur était retombée derrière la partie utérine du ligament large droit et était venue se placer entre l'ovaire et le bord correspondant de l'utérus. L'utérus qui est petit présente lui aussi une déviation secondaire due à cette position de la tumeur. Le col fait avec le corps un angle ouvert en haut et à droite, constituant ainsi un véritable lit à la tumeur.

L'utérus est petit, mais ne présente pas d'altération macroscopique, en particulier, il n'y avait pas de noyaux fibromateux.

Il existe un hydrosalpinx de la trompe gauche, grosse comme un pouce d'adulte. Elle était libre, sans adhérences.

L'ovaire gauche paraissait normal. Lorsqu'on ouvre la tumeur par une coupe vertico-transversale,

on constate qu'elle est formée par un tissu dur, analogue à celui des fibromyomes utérins. Même aspect de fibres blanchâtres disposées en tourbillons, même consistance très dure. Une particularité retient l'attention, c'est la présence d'une série de petits kystes gros comme des grains de blé, situés à un centimètre de profondeur environ, et disposés dans une zone d'un centimètre carré environ.

La trompe se termine en dedans et en dehors en cul-de-sac, au niveau de la tumeur qui paraît l'interrompre.

On ne note rien d'anormal dans l'aileron moyen, pas plus que dans le ligament large.

L'examen histologique montre l'existence de tourbillons des fibres musculaires lisses, au milieu desquels on retrouve les cavités kystiques : mais celles-ci sont noyées dans un stroma qui les sépare du tissu musculaire : il est formé de tissu lymphoïde non réticulé : c'est le tissu cytogène. Les kystes sont de différentes dimensions, il y en a de grands, de moyens et de petits, ils sont arrondis, leur contour présente même une certaine régularité, on n'observe pas de diverticule ni d'abouchement d'une cavité dans un canal central, c'est à peine si l'on peut en trouver un ou deux dont la membrane d'enveloppe forme quelques replis festonnés ; leur cavité est tapissée par un épithélium cylindrique, formé d'une seule rangée de cellules, celles-ci sont d'autant plus élevées que les dimensions de la cavité du kyste sont

plus réduites : les grands kystes sont tapissés de cellules aplaties avec un petit noyau, l'étroite lumière des petits kystes est revêtue de cellules élevées renfermant un noyau basal assez volumineux : aucune de ces cavités ne renferme d'éléments figurés : ni globules rouges, ni lymphocytes, ni cellules pigmentaires ; la distribution du tissu cytogène est également en relation avec le volume des kystes : très abondant autour des petites cavités qui sont noyées dans un épais bourrelet de tissu lymphoïde, il semble très réduit autour des aréoles les plus vastes, dont la paroi est en certains points en contact direct avec le tissu musculaire.

Enfin, on trouve dans différentes régions des vaisseaux sanguins bien différenciés qui ne présentent pas une topographie particulière.

En aucun point on a pu arriver à individualiser une portion quelconque de la lumière de la trompe. Dans une observation analogue (celle de Santi), cet auteur était arrivé à retrouver le canal tubaire en observant avec soin les différentes cavités glandulaires, et autour de l'une d'elles il avait pu trouver deux couches de fibres musculaires, l'une formée de fibres longitudinales, l'autre formée de fibres circulaires, disposées concentriquement autour de la cavité centrale, et cette disposition lui avait permis de retrouver la lumière de la trompe qui parcourait toute la tumeur. Nous n'avons pu rien trouver de semblable sur notre pièce.

En définitive, on ne trouve dans tout l'appareil

génital que cet adénomyome unique localisé à la trompe droite et un hydrosalpinx de la trompe gauche.

L'observation suivante est à peu près comparable à celle-ci. Elle est rapportée par Santi, privat-docent à la clinique Pestalozza à Rome, dans le *Zeitschrift für Geburtsche und Gynækologie* de Stuttgart de 1912. Cet auteur a opéré une femme de quarante-sept ans, chez laquelle il a trouvé un utérus parsemé de nombreux fibromes, il existait de plus au niveau des deux trompes, de petits nodules gros comme une noisette, un du côté gauche, deux du côté droit, situés à la jonction des portions isthmiques et interstitielles, nettement séparées du reste de l'organe.

A la coupe on constate que ces nodosités renferment de petites vacuoles qui présentent à l'examen histologique tous les caractères des kystes précédemment décrits : ils sont revêtus d'un épithélium cylindrique très élevé dans les petits à lumière étroite, aplati dans les plus gros. Ils sont entourés d'un tissu lymphoïde analogue à celui qui entoure les canalicules glandulaires de la muqueuse utérine.

On arrive à retrouver la lumière de la trompe, entourée de deux couches de fibres musculaires, elle traverse une des nodosités, elle est excentrique par rapport aux deux autres.

On a pu trouver un rapport entre la direction des canalicules glandulaires et celle du canal tubaire. Les plus volumineux, parallèles entre eux, sont per-

pendiculaires à la trompe. Les petits généralement disposés à la périphérie de la tumeur affectent une disposition rayonnée.

Enfin, sur quelques coupes, en deux régions différentes on a pu voir un canalicule glandulaire partir de la lumière de la trompe, parcourir la nodosité et même la traverser, jusqu'à la séreuse ; il existait en outre, dans le mésosalpinx une petite masse grosse comme un grain de riz, formée d'un bouquet de fibres musculaires lisses entourant de petits canalicules glandulaires.

Les autres portions des trompes ne présentent rien d'anormal. Les tumeurs utérines sont des fibromyomes purs. La muqueuse utérine particulièrement riche en tissu cytogène, contient de nombreuses glandes dans la profondeur ; celles-ci dépassent la zone de tissu cytogène, on en trouve sur une épaisseur d'un centimètre, jusque dans le tissu musculaire sous-jacent ; il n'existe aucune trace de lésions inflammatoires.

Dans un travail paru en 1912 dans les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* sur les tumeurs de la trompe en général, Auvray rapporte neuf cas d'adénomyome.

Celui de Pilliet cité avec peu de détails dans une étude sur les fibromes de la trompe d'origine inflammatoire, l'auteur a trouvé dans une tumeur grosse comme une noisette formée de tissu fibreux et de fibres lisses des culs-de-sac glandulaires dilatés, éloignés de la lumière de la trompe. Ils étaient noyés

dans un amas de petites cellules rondes, formant, dit-il, de véritables abcès miliaires.

Celui de Chrisopathes, qui a trouvé au niveau des cornes utérines des épaissements concentriques développés autour de chaque trompe ; ils étaient constitués par du tissu adénomateux ; contenant du tissu cytogène, irrégulièrement distribué ; les kystes étaient visibles à l'œil nu.

La malade âgée de trente ans présentait un hématosalpinx double ayant nécessité l'ablation des annexes.

Chrisopathes rapporte dans son article deux cas de salpingite noueuse contenant des kystes adénomateux : celui de Franqué où les lésions inflammatoires étaient d'origine tuberculeuse ; dans celui de Neumann il existait un myome du col de l'utérus, et des lésions de salpingite dues à une infection banale.

Dans le cas de Schröder : il s'agit d'un adénomyome de la trompe coïncidant avec des nodosités des cornes utérines. L'examen histologique a montré l'existence de kystes glandulaires, noyés dans du tissu cytogène, le stroma étant d'autant moins abondant que les kystes étaient plus volumineux. Les deux trompes étaient oblitérées, leurs parois épaissies ; elles étaient remplies de sang noirâtre, provenant, d'après Schröder, d'hémorragie du tissu adénomateux.

Celui de Maresch, cas cité sans détail dans l'observation originale. L'auteur a trouvé des nodosités grosses comme des noisettes au niveau des cornes

utérines ; l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'adénomyome.

Celui d'Inglis Parson et Glendining ; sa malade était atteinte de péritonite tuberculeuse pelvienne, avec de nombreuses granulations sur la trompe droite, qui présentait au niveau de son insertion à l'utérus des nodosités formées par des adénomyomes.

Celui de Fr. Ivens ; cet auteur a trouvé un adénomyome de la trompe droite développé concentriquement autour du canal tubaire, au niveau de la corne utérine, chez une malade qui présentait du même côté une grosseur tubaire rompue.

Celui de Ludwig Seyberth ; sa malade présentait deux volumineux hématosalpinx, remplis d'un sang noirâtre. On a trouvé au niveau des cornes utérines deux petites tumeurs formées de tissu adénomyomateux.

Celui de Miss Ivens, qui a trouvé un adénomyome gros comme une noisette situé au niveau de la portion interstitielle de la trompe chez une malade atteinte de lésion tuberculeuses du péritoine et du pavillon tubaire.

Auvray cite encore sans détail le cas de Mac Callum que nous rappelons avec la bibliographie, mais qu'il nous a été impossible de contrôler.

Il nous reste encore à citer le travail de Chiari qui remonte à 1887. Il n'est question de l'adénomyome de la trompe qu'au point de vue purement anatomopathologique.

Sur 760 autopsies cet auteur trouve six cas de

nodules de la trompe, d'après l'examen histologique il conclut que les épaisissements sont la conséquence d'une salpingite chronique ; il leur donne le nom de salpingite isthmique nodulaire.

Mlle Edwards dans un article sur la salpingite interstitielle, décrit une forme de salpingite locale que l'on rencontre à l'autopsie des femmes âgées. On trouve au niveau de l'isthme d'une trompe épaissie de petits fibromes oblitérant la lumière qui est dilatée en amont où elle renferme un liquide noirâtre. Ces nodosités sont formées de couches concentriques de fibres musculaires lisses renfermant des culs-de-sac glandulaires oblitérés.

Recklinghausen dans son étude sur les adénomyomes a trouvé 21 cas de nodosités de la corne utérine au cours de recherches cadavériques.

Dans un ouvrage récent, Lockyers consacre un court chapitre aux adénomyomes de la trompe qu'il décrit de la façon suivante : la tumeur de la trompe revêt le plus souvent l'aspect d'une tumeur de la corne utérine ; la trompe elle-même présente des lésions de salpingite chronique ; quelquefois rétrécie dans tout son parcours, elle présente souvent de nombreuses adhérences avec les organes voisins. Le nodule ne forme jamais une grosse tumeur, mais il peut s'insinuer entre les feuillets du mésosalpinx, au niveau de l'angle tubaire. L'aspect macroscopique est le plus souvent celui d'une trompe enflammée chroniquement, et le diagnostic est uniquement histologique. La salpingite est le plus souvent d'origine

tuberculeuse, mais elle peut être également gonococcique, ou puerpérale.

Histologiquement, la muqueuse tubaire envahit la mince paroi musculaire de la trompe.

Plus récemment encore, Cullen a publié en août 1919, un article sur la distribution des adénomyomes renfermant de la muqueuse utérine, il ne consacre que quelques lignes à l'étude des adénomyomes de la corne : petits nodules adénomateux situés dans l'une ou les deux cornes utérines ; associés souvent à un processus de salpingite. Ces tumeurs contiennent habituellement des glandes isolées, noyées dans du tissu musculaire lisse et du tissu inflammatoire, elles sont généralement en contact direct avec le muscle, et dépourvues de leur stroma caractéristique.

L'adénomyome de la corne utérine peut à la rigueur être considéré comme une entité pathologique, mais je crois qu'il est plus rationnel de le rattacher à un processus inflammatoire.

C'est là la traduction littérale de cette partie de l'article de Cullen consacré à l'étude des adénomyomes de la trompe.

De l'examen de cette série de travaux il résulte que les adénomyomes de la trompe paraissent être des tumeurs assez rares.

D'une façon générale, toutes les tumeurs de la trompe s'observent rarement, on rencontre surtout dans cet organe des fibro-myomes ; il existe deux ou trois cas de fibrome pur. Dans une observation, celle

de Outerbridge, on a trouvé du tissu cartilagineux dans la paroi tubaire, l'auteur le considère comme résultant d'une évolution métaplastique du tissu conjonctif, et soutient qu'il est indépendant du tissu d'une grossesse tubaire concomittante.

Nous voyons donc que les tumeurs tubaires revêtent le type anatomique des tumeurs utérines. Les adénomyomes en particulier ont tous les caractères de ceux que l'on observe dans les parois de l'utérus ; ils renferment des glandes noyées dans du tissu cytogène, le tout entouré d'une hyperplasie de tissu musculaire.

L'origine commune des deux organes, utérus et trompe, développés aux dépens des canaux de Muller explique cette analogie. On peut également faire remarquer que les phénomènes physiologiques de la menstruation ont un retentissement analogue dans la muqueuse utérine, et dans la muqueuse de la trompe, qui subit des modifications dans la période qui précède les règles, et qui est ensuite le siège d'une hémorragie ; les deux muqueuses, quoique de structure différente, ont donc une activité physiologique très voisine l'une de l'autre.

L'utérus et la trompe peuvent donc être considérés comme des organes ayant une origine commune, des réactions physiologiques communes, et dans lesquels se développent des tumeurs de même nature.

Il nous semble donc possible de dire qu'il existe bien une variété d'adénomyomes de la trompe, formant une entité pathologique, et de ne pas les rat-

tacher fatalement à l'existence d'une salpingite. On peut même en opposant la fréquence des unes aux raretés des autres se demander s'il n'y aurait pas là simple coïncidence. Dans les cas que nous avons cités, nous relevons ceux de Santi, de Chrisopathes, de Schröder, d'Ivens, où les trompes ne présentaient pas de signes d'infection. Dans notre observation, la trompe opposée présente bien un hydrosalpinx, mais celle où s'est développé la tumeur est souple, libre, les franges du pavillon sont flottantes et bien développées. La malade n'a jamais présenté d'accidents infectieux ; en outre l'adénomyome est nettement encapsulé, bien limité, isolé et présente des dimensions inaccoutumées. Cette tumeur présente donc, avec celles précédemment citées, tous les caractères de celles que l'on trouve dans les autres parties de l'appareil génital de la femme.

Relativement fréquentes au niveau de l'utérus, on les rencontre encore dans le ligament rond, dans le ligament utéro-ovarien, dans le septum recto-vaginal. Cullen en signale au niveau de l'ovaire et jusque dans la région de l'ombilic.

Elles ont pour caractère commun d'être formées de faisceaux musculaires lisses et de tissu conjonctif, de contenir des cavités kystiques tapissées d'un épithélium cylindrique, celui-ci étant noyé dans un stroma de tissu lymphoïde, le tissu cytogène, analogue à celui qui entoure les glandes de la couche spongieuse de la muqueuse utérine.

Ce tissu se congestionne au moment des règles, et peut subir la transformation déciduale, au cours de

la grossesse. Il faut noter, en passant, que des organes comme l'appendice, quelques ganglions lymphatiques, l'épiploon peuvent également renfermer des éléments de tissu lymphoïde susceptibles de subir la dégénérescence déciduale.

Plusieurs théories sont en présence pour expliquer leur pathogénie.

D'après Recklinghausen : les adénomyomes naissent des débris du canal de Wolff; ceci expliquerait la disposition pectiniforme de certains diverticules glandulaires : les canalicules de petit calibre s'ouvrant latéralement dans un canal plus large, rappellent ainsi l'aspect du canal du mésonéphros. En outre, certains canaux se termineraient comme un glomérule. Enfin Recklinghausen tire un argument de la localisation fréquente des tumeurs dans la corne et dans le fond de l'utérus : zone où les canaux de Muller et de Wolff se croisent et entrent en contact.

Kossmann, décrivant longuement les rapports des canaux de Wolff et de Muller dans le cordon génital soutient qu'ils ne sont jamais en contact assez intime pour que le tissu de l'un puisse pénétrer dans l'autre, et il prête à ces tumeurs une origine mullérienne.

De nombreux auteurs se sont ralliés à ces théories et les ont plus ou moins longuement discutées.

Cullen arrive aux conclusions suivantes : Tous les adénomyomes sont d'origine mullérienne. Les adénomyomes centraux reçoivent leurs éléments glandulaires de la muqueuse utérine adulte.

Les adénomyomes proviennent de l'invasion d'un myome préexistant par la muqueuse utérine ou par des débris mullériens.

Les adénomyomes peuvent être classés de la même façon que les myomes.

Les adénomyomes extra-utérins reçoivent leur tissu adénomateux de débris congénitaux mullériens.

Même quand on ne peut retrouver aucune connexion entre la muqueuse et le tissu glandulaire de l'adéno-myome, il faut regarder ce dernier comme d'origine mullérienne à cause de sa structure analogue à celle de la muqueuse utérine : confirmation évidente de ce fait, le tissu cytogène se congestionne et peut être le siège d'hémorragie pendant la menstruation, il subit la dégénérescence déciduale pendant la grossesse.

Enfin, Ivanoff a soutenu que certains adénomyomes se développaient aux dépens de la couche séreuse péritonéale recouvrant la tumeur.

Il nous a semblé qu'il serait possible d'invoquer un processus physiologique pour expliquer l'apparition et l'accroissement de ces tumeurs, et de les rattacher à une modification des causes physiologiques qui déterminent les phénomènes périodiques qui se passent normalement dans la muqueuse utérine.

Rappelons d'abord cette phrase de Doléris que l'on retrouve dans la thèse de Vignes : « Tout ce qui « a été décrit comme métrite glandulaire doit être

« considéré comme une réaction de la muqueuse à
« une excitation ovarienne ».

Remarquons encore une fois l'analogie, qui existe entre le tissu cytogène des adénomyomes et celui qui entoure les glandes de la muqueuse utérine, il subit les mêmes modifications physiologiques, il obéit donc aux mêmes réactions vitales.

Les cellules qui le forment emmagasinent entre les règles des produits nés dans l'organisme sous l'influence d'une sécrétion d'origine ovarienne, elles les éliminent régulièrement, quand elles en sont saturées ; au contraire, elles les utilisent chez la femme en état de gestation, pour nourrir l'embryon au début de la grossesse, avant la formation du placenta ; c'est alors qu'elles subissent la transformation déciduale, l'ovaire cessant de sécréter.

En définitive, la muqueuse utérine serait comparable à une éponge se gorgeant lentement de certains produits utiles à l'embryon, toxiques pour la mère, elle s'en débarrassera à intervalles réguliers, à moins qu'elle ne les utilise pour nourrir un embryon qui vient de s'y greffer. Le tissu lymphoïde (tissu cytogène des kystes), jouera le rôle de tissu spongieux servant de réservoir, les glandes joueront celui d'émunctoires.

Ces réactions sont propres au tissu glandulaire d'origine Mullérienne, dans quelque endroit de l'organisme qu'il se trouve.

Admettons qu'il se produise une modification des produits de sécrétion, rien ne nous empêche d'ad-

mettre qu'ils cessent en partie d'être susceptibles de s'éliminer, de filtrer des cellules lymphoïdes à travers la muqueuse glandulaire ; une notable quantité de ces produits restera donc emmagasinée dans certaines masses de cellules, qui demeureront, entraînant avec eux des groupes de glandes, autour desquels se produira une réaction fibreuse et musculaire.

Il nous paraît désirable de rechercher dans ces tumeurs les produits de réserve, les lypoïdes et le glycogène.

L'élément principal des adénomyomes serait donc le tissu cytogène, gorgé de substances anormales se vidant péniblement dans les cavités glandulaires des kystes (rappelons qu'il est d'autant moins abondant que les cavités kystiques sont plus développées). Quand le tissu ne se retrouve plus, c'est que la tumeur n'est plus en activité, elle n'est plus qu'un reliquat, qu'une séquelle, témoin d'une ancienne éruption ; mais elle est susceptible de se réveiller si le processus pathologique initial se reproduit.

Le tableau des manifestations cliniques de ces tumeurs de la trompe, est celui de tous les adénomyomes extra-utérins ; il est dominé par l'existence de douleurs particulièrement violentes survenant au moment des règles.

On les observe chez notre malade, et dans tous les cas que nous avons rapportés ; elles s'accompagnent d'irradiation dans les membres inférieurs et dans la région lombaire, les malades sont forcées de rester

étendues pendant toute la durée de leurs époques menstruelles. La crise douloureuse commence un temps variable avant ou après le début du flux menstruel et cesse brusquement ; c'est une véritable névralgie. Il existe rarement des modifications dans la durée et dans la quantité de règles.

Le palper et le toucher révèlent l'existence d'une tumeur pelvienne qu'il est généralement difficile d'identifier. Le plus souvent, on pose le diagnostic de fibrome pédiculé, de pyosalpinx ou d'hydrosalpinx.

Dans quelque cas, on découvre la tumeur au cours d'une laparotomie pour grossesse tubaire rompue. La coexistence d'une grossesse tubaire et d'un adénomyome de la trompe paraît assez fréquente ; l'œuf fécondé peut en effet être arrêté dans un des diverticules de la tumeur communiquant avec la lumière de la trompe.

Mentionnons également la fréquence d'un hémato-salpinx concomittant, la tumeur oblitérant la cavité tubaire qu'elle remplit de sang quand elle se congestionne au moment des règles.

On peut faire observer que chez les malades présentant une tumeur des deux cornes, avec oblitération du canal tubaire, la fécondation sera tout à fait impossible ; c'est ce qui existait chez notre malade, la trompe opposée étant occupée par un hydrosalpinx.

Le diagnostic a toujours été une révélation anatomopathologique ; on pourrait cependant se demander, d'une façon générale, si les malades qui présentent des règles particulièrement douloureuses ne

seraient pas atteintes d'adénomyome plus fréquemment qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

Le tableau clinique des adénomyomes développées dans la paroi d'une trompe enflammée est masqué par les accidents qui accompagnent la salpingite. On ne découvre les nodules qu'au cours d'un examen de la pièce, après extirpation.

Enfin, il semble qu'il existe de petits adénomyomes isolés évoluant dans les parois de la trompe d'une façon torpide, n'amenant qu'un léger épanchement sanguin dans la cavité tubaire, c'est la salpingite locale de Mlle Edwards, que l'on peut rapprocher des cas découverts à l'autopsie par Chiari et Reklinghausen.

OBSERVATION

Mme M..., âgée de quarante-quatre ans, opérée dans le service du Professeur Hartmann, le 20 décembre, par le Dr Bergeret, chef de Clinique.

Cette femme ne présente aucun antécédent. Toujours régulièrement réglée depuis l'âge de quatorze ans, elle n'a jamais eu de grossesse ni présenté d'accidents infectieux ; on ne retrouve chez elle comme accident net que des douleurs au moment de règles. Elles ont toujours existé, mais présentaient depuis cinq ans une accuité qui allait en augmentant. Le tableau clinique est le suivant : les règles commencent d'une façon normale le matin généralement, la malade se met à souffrir au bout de quatre à cinq heures,

dans la partie droite et inférieure de l'abdomen ; la douleur devient de plus en plus vive, irradiant dans la cuisse droite, dans la région lombaire, obligeant la malade à rester étendue ; cet état durait jusqu'au lendemain dans la nuit, et cessait brusquement ; il persistait un peu d'engourdissement dans la cuisse droite, la quantité des pertes était régulière et peu abondante.

Ces accidents s'accompagnaient de troubles gastro-intestinaux : nausées, ballonnement du ventre, diarrhée pendant la crise, mais en dehors des crises la malade ressentait une douleur épigastrique avec irradiations dans le dos, son appétit était très diminuée et elle avait notablement maigri.

L'examen montrait les lésions suivantes :

Le ventre est plat, facilement dépressible ; au toucher on trouve un col petit, conique, à orifice étroit, admettant à peine la pulpe de l'index ; regardant en bas, à droite et en arrière ; l'ensemble du col est d'ailleurs incliné vers la droite. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent le corps utérin normalement antéfléchi ; col et corps sont parfaitement mobiles dans les différents sens. A droite du corps utérin, débordant en arrière et en avant, on sent une masse grosse comme une mandarine, de consistance ferme, régulière, indolore. Cette masse haut située, est mobile, on la sépare du corps utérin avec lequel elle se déplace, mais auquel elle paraît reliée par un pédicule. On ne sent pas les annexes droites.

A gauche on sent les annexes un peu augmentées de volume, très légèrement sensibles à la pression.

On s'arrête au diagnostic de fibrome pédiculé de la corne utérine.

Opération le 20 décembre 1919 (Bergeret).

Anesthésie générale à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie abdominale totale régulière et simple. Suture du vagin, péritonisation. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent normales, et la malade quitte l'hôpital guérie. Elle est actuellement en parfait état, ses douleurs ont disparu ainsi que les troubles gastriques qu'elle a présentés. Elle a retrouvé son appétit et repris son poids.

CONCLUSIONS

Il existe dans la trompe utérine deux variétés d'adénomyomes :

1° Dans une première variété on trouve dans une trompe enflammée de petits nodules adénomateux contenant des fibres musculaires lisses et des kystes glandulaires dans une mince couche de tissu cytogène — la salpingite est le plus souvent concomitante, d'origine tuberculeuse, elle peut cependant être due à une tout autre infection, gonococcique, puerpérale.

2° Dans une seconde variété, dont notre observation constitue un type très net, on trouve dans une trompe saine une tumeur bien limitée, analogue aux tumeurs de même nature que l'on observe dans la paroi utérine, dans le ligament rond, dans le mésovarium, dans l'espace recto-génital.

Cette analogie se retrouve dans l'aspect histologique de ces tumeurs ; elles sont formées en majeure partie de faisceaux de fibres musculaires lisses orien-

tés dans tous les sens — elles renferment des cavités kystiques dont quelques-unes sont déjà visibles à l'œil nu ; elles sont tapissées d'un épithélium cylindrique dont les cellules sont d'autant plus élevées que leur lumière est plus étroite. La situation de la cavité tubaire est inconstante, tantôt elle traverse la tumeur, tantôt elle lui est périphérique, tantôt elle a complètement disparu, sa couche muqueuse semblant s'être dispersée dans la tumeur.

Les kystes sont noyés dans de véritables boyaux d'un tissu lymphoïde spécial, le tissu cytogène, qui se congestionne au moment des règles, et qui peut subir la transformation déciduale pendant la grossesse ; en un mot, l'ensemble kystes et tissu cytogène revêt l'aspect de la couche spongieuse de la muqueuse utérine. Rechlinghausen leur donne comme origine des débris embryonnaires du canal de Wolff. Kossmann et Pick les considèrent comme d'origine mullérienne. Cullen soutient qu'elles sont dues à l'invasion d'un myome préexistant par la muqueuse utérine pour la tumeur centrale, par des débris mullériens pour celles qui sont éloignées de la cavité utérine.

Il nous a semblé possible de rattacher leur évolution à des troubles survenus dans le fonctionnement physiologique de la muqueuse utérine et se produisant sous l'influence d'une modification de la sécrétion ovarienne.

La symptomatologie de ces tumeurs est celle de toutes les tumeurs du bassin ; on peut cependant observer qu'elles provoquent des douleurs extrême-

ment violentes au moment des règles, ce qui semble dû à l'augmentation de volume qu'elles doivent subir sous l'influence de la congestion du tissu cytogène qu'elles renferment.

Vu et permis d'imprimer :

HARTMANN

Vu le Doyen :

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Chiari.* — Zur Path. anat. der Eileiterkrank (Prager Zeitsch. für Heilk. 1887, t. VIII, p. 457).
- Edwards (Mlle).* — Progrès médical, 1889, p. 119.
- Recklinghausen.* — Über die Adenocysten der Uterus tumoren und über die Wolfschen Organs (Deut. Medicin. Woshensch., 1893, n° 34).
- Pilliet.* — Etude sur les fibromes de la trompe d'origine inflammatoire liés à l'existence d'une salpingite (Bull. Soc. Anat., 1894, p. 554).
- Kossmann.* — In Martin. Krankheiten der Eierstocke. Leipzig 99, p. 944.
- Chrisopathes.* — Zeitschrift für Geb. und Gynæk. 1901, t. XLIV, p. 238-250.
- Franqué.* — Zeitschrift. f. Geb. und Gynæk., 1900. Bd. 42. Heft. I.
- Neumann.* — Archiv. für Gynæk. Bd. 58. Heft. 8.
- Schræder.* — Monastrich. für Geb. und Gynæk. 1905, t. XXI, p. 690.
- Lihotsky.* — D'après Marerch. Vohr. der Deut. path. (Gesellsch. Iéna, 07-08, XI, 117-121).
- Inglis Parsons and Glendining.* — Proceedings of the Royal Soc. of Med. Obs. and Gynæcol., juillet 1920, n° 9, p. 238-240.
- Ieens (Fr.).* — British Med. Journ., 22 oct. 10, p. 1210-1240.
- Callum (Mac.).* — Adeno-myoma of the tube. Proceedings of the New-York path. Soc. 1910-11, X, 101.
- Ludwig Seyberth.* — Med. Klinik. 1911, p. 909. Vol. VII.

- Ivens (Miss).* — Journal of Obstetrics and Gynécol. of British Empire, 1911.
- Auray.* — Etude sur les tumeurs fibreuses et myomateuses de la trompe utérine (Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie. Paris, 1912. Vol. 1, p. 3-25).
- Santi (E.).* — Betrachtungen über die Adenomyom der Tube (Zeitschrift. für Gebrat. und Gynec. Stuttgart, 1912, t. LXXI, p. 619-640).
- Outerbridge.* — Polypoid chondrofibroma of the Fallopian tube-associated with tubal pregnancy (American Journal of Obstetrics. New-York, 1914, LXX, p. 173-180).
- Vignes.* — Recherches sur la menstruation. Thèse de Paris, 1914.
- Lockyer* — Obstetrics and Gynecology. Londres, 1918.
— Fibromes and allied tumors. Londres, 1918.
- Cullen.* — The distribution of adenomyomata containing uterine mucosa (The American Journal of Obstetrics, avril 1919, p. 130-138).

